

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 102

---

DES

# FISTULES VÉSICO - OMBILICALES

CONGÉNITALES

CHEZ LES PROSTATIQUES

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Février 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**J. FLÉCHET**

Né le 9 Novembre 1874, à Chazelles-sur-Lyon (Loire).

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Février 1899







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 102.

---

DES

# FISTULES VÉSICO - OMBILICALES

CONGÉNITALES

CHEZ LES PROSTATIQUES

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Février 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

J. FLÉCHET

Né le 9 Novembre 1874, à Chazelles-sur-Lyon (Loire).

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Février 1899

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. . . . . DOYEN.  
LACASSAGNE . . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

## PROFESSEURS

|                                                          |   |                |
|----------------------------------------------------------|---|----------------|
| Cliniques médicales. . . . .                             | } | MM. LÉPINE.    |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                         |   | BONDET.        |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .          | } | OLLIER.        |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                        |   | PONCET.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . . |   | FOCHIER.       |
| Clinique des maladies mentales. . . . .                  |   | GAYET.         |
| Physique médicale. . . . .                               |   | GAILLTON.      |
| Chimie médicale et pharmaceutique. . . . .               |   | PIERRET.       |
| Chimie organique et Toxicologie. . . . .                 |   | MONOYER.       |
| Matière médicale et Botanique. . . . .                   |   | HUGOUNENQ.     |
| Zoologie et Anatomie comparée. . . . .                   |   | CAZENEUVE.     |
| Anatomie. . . . .                                        |   | FLORENCE.      |
| Anatomie générale et Histologie. . . . .                 |   | LORTET.        |
| Physiologie. . . . .                                     |   | TESTUT.        |
| Pathologie interne. . . . .                              |   | RENAUT.        |
| Pathologie externe. . . . .                              |   | MORAT.         |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .           |   | TEISSIER.      |
| Anatomie pathologique. . . . .                           |   | AUGAGNEUR.     |
| Médecine opératoire. . . . .                             |   | MAYET.         |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .              |   | TRIPPIER.      |
| Médecine légale. . . . .                                 |   | POLLOSSON (M.) |
| Hygiène. . . . .                                         |   | ARLOING.       |
| Thérapeutique. . . . .                                   |   | LACASSAGNE.    |
| Pharmacie. . . . .                                       |   | BARD.          |
|                                                          |   | SOULIER.       |
|                                                          |   | CROLAS.        |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. . . . . LAROYENNE.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                     |                  |
|-----------------------------------------------------|------------------|
| Clinique des Maladies des Enfants. . . . .          | WEILL, agrégé.   |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx. . . . . | LANNOIS, agrégé. |
| Accouchements. . . . .                              | POLLOSSON (A.) — |
| Botanique. . . . .                                  | BEAUVISAGE. —    |

## AGRÉGÉS

|                |         |         |                |
|----------------|---------|---------|----------------|
| MM.            | MM.     | MM.     | MM.            |
| BEAUVISAGE.    | ROLLET. | DURAND. | PAVIOT.        |
| CONDAMIN.      | ROUX.   | DOYON.  | NOVÉ-JOSSERAND |
| COURMONT.      | COLLET. | BARRAL. | BÉRARD.        |
| DEVIC.         | BOYER.  | MOREAU. | BORDIER.       |
| POLLOSSON (A.) | VALLAS. | PIC.    | SAMBUG.        |
| ROCHET.        | SIRAUD. |         |                |

M. BEAUDUN, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;

{ MM. NOVÉ-JOSSERAND et BÉRARD, Agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

*C'est à M. Jaboulay, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, que nous devons l'idée première et la direction générale de ce travail. Nous sommes heureux de le remercier de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli, et des conseils qu'il nous a prodigués pour mener notre thèse à bonne fin.*

*M. le professeur Poncet en accepte aujourd'hui la présidence ; qu'il nous permette de lui dire combien nous ressentons l'honneur qu'il nous fait et qu'il veuille bien recevoir l'assurance de notre vive reconnaissance.*

*Nous devons aussi présenter nos remerciements à M. le D<sup>r</sup> X. Delore, chef de clinique chirurgicale, qui s'est mis à notre disposition et nous a puissamment aidé pour les indications qui nous étaient nécessaires.*

*Arrivé au terme de nos études médicales, nous avons à rendre hommage à nos maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Lyon. Ils nous ont guidé dans l'étude de la médecine, nous prodiguant tous les jours leur science et leur talent ; nous leur sommes bien sincèrement reconnaissant, et garderons toujours un excellent souvenir de nos maîtres et chefs de service*

*dans le cours de notre externat : M. le professeur Lépine, MM. les Drs Lannois, Vincent, Jaboulay et Nové-Josserand.*

*Enfin, n'oublions pas les amis et les bons camarades, que nous avons connus pendant notre scolarité et notre externat. Qu'ils croient à notre vive et durable sympathie.*

*J. F.*

---

## INTRODUCTION

---

Il y a quelques mois, entrant à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître M. Jaboulay, un homme de soixante-trois ans qui venait réclamer les secours de la chirurgie, pour une fistule urinaire ombilicale, apparue quelques jours auparavant. Son histoire, assez singulière, se résumait à quelques troubles urinaires. Il savait, par sa mère que, du jour de sa naissance à l'âge de trois mois, il avait perdu ses urines par l'ombilic. Alors tout était rentré dans l'ordre. Mais dernièrement, sous l'influence d'une cystite compliquant une hypertrophie prostatique, l'écoulement urinaire ombilical avait réapparu.

M. Jaboulay, avec une grande précision clinique, affirma qu'il s'agissait d'une fistule vésico-ombilicale tardive, d'origine congénitale, par persistance anormale de la perméabilité de l'ouraque. Les observations analogues sont fort rares, souvent si peu explicites que des auteurs autorisés ont pu, avec quelque apparence de raison, mettre en doute leur pathogénie et même leur existence. En raison de cette rareté et des doutes émis,

la question nous parut vivement intéressante. Nous remercions notre maître de nous avoir permis d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous étudierons donc spécialement les fistules vésico-ombilicales tardives par persistance de la perméabilité ouracale, c'est-à-dire d'origine congénitale, apparaissant sous l'influence d'une obstruction de l'urètre par une *hypertrophie prostatique*.

Mais avant d'aborder directement ce point particulier, qui est encore à peine ébauché, nous justifierons nos conclusions par une discussion préalable, qui sera destinée à éclairer le sujet et à faire disparaître les derniers doutes.

Dans *un premier chapitre*, il nous a paru nécessaire de donner la division des fistules vésico-ombilicales, qui sont acquises ou congénitales. Ces dernières attireront plus spécialement notre attention; elles comprennent quatre variétés, parmi lesquelles les fistules tardives, ou plutôt apparaissant tardivement. Cette division établie, nous ferons l'historique de cette dernière variété et nous exposerons l'opinion des auteurs compétents sur la question.

L'observation de notre malade, deux autres fort concluantes, quelques-unes enfin dont l'histoire est plus ou moins obscure, feront l'objet de notre *second chapitre*. La rareté des faits bien observés et publiés démontre, croyons-nous, la grande importance du cas de M. Jaboulay <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Delore et Molin, Des fistules vésico-ombilicales tardives d'origine congénitale (*Archives provinciales de chirurgie*, novembre 1898).

Nous dirons alors, aussi clairement que possible, quelle est la pathogénie de ces fistules vésico-ombilicales, dues manifestement à un trouble de développement. Nous insisterons davantage sur les causes occasionnelles qui, chez les prostatiques, ont un rôle prépondérant dans l'apparition de cette infirmité congénitale (pression, cystite, etc.). Cette étude étiologique et pathogénique fera l'objet de notre *chapitre III*.

Dans le *chapitre IV* seront exposés les symptômes, le diagnostic et surtout les complications qui peuvent résulter, chez un prostatique, de l'apparition de cette voie urinaire anormale. Nous consacrerons une étude, aussi détaillée que possible aux complications. Leur origine est souvent difficile à fixer d'une façon précise ; on a même pu se demander si la nouvelle voie de dérivation urinaire, créée chez le prostatique par cette fistule congénitale, n'était pas un bénéfice, plutôt qu'une complication.

Le *chapitre V* sera consacré au traitement ou plus exactement à la conduite à tenir en présence d'une fistule vésico-ombilicale chez un prostatique. Doit-on opérer ou ne vaut-il pas mieux laisser les choses en l'état, au lieu de chercher à les modifier par des artifices opératoires ? Les patients sont, en effet âgés, déjà infirmes du fait de leur hypertrophie prostatique. Le traitement n'est-il pas dangereux, ne risque-t-il pas, tout au moins, de rester inefficace ? La réponse est importante. Les indications opératoires sont différentes de celles qu'on adopte chez les enfants ou les adultes.

---



DES

# FISTULES VÉSICO-OMBILICALES

## CONGÉNITALES

### CHEZ LES PROSTATIQUES

---

## CHAPITRE PREMIER

### DIVISION — HISTORIQUE

Comme les fistules ombilicales stercorales, les fistules urinaires peuvent être acquises ou congénitales. Chacun sait la signification qui est attribuée au terme : affections congénitales. Ainsi que l'a encore dernièrement fait remarquer Kirrison<sup>1</sup>, par maladies congénitales on n'entend pas seulement les affections qui existent au moment de la naissance, mais encore toutes celles qui, apparaissant plus ou moins tardivement, n'en reconnaissent pas moins un trouble d'évolution, dont l'origine est congénitale (Duplay, Nicaise, etc...).

1° Sur les **fistules urinaires ombilicales acquises**, nous dirons peu de chose, car leur étude sort de notre cadre. D'après les observations publiées, on peut admettre

<sup>1</sup> Kirrison, *Traité des affections chirurgicales d'origine congénitale*. Paris, 1898.

trois variétés, dans le mécanisme de ces trajets : ou bien la muqueuse vésicale fait hernie à travers la tunique musculaire vers le sommet de la vessie, s'allonge en forme de conduit et vient se rompre à l'ombilic ; ou bien il se produit une rupture de la vessie, l'urine se répand sous le péritoine, forme une poche urinaire qui vient ensuite s'ouvrir dans la partie la moins résistante de la paroi abdominale ; ou bien, il y a ulcération inflammatoire de l'organe, formation d'un abcès intermédiaire à la vessie et à l'ombilic, enfin ouverture de cet abcès au niveau de la cicatrice ombilicale, le trajet restant fistuleux.

Le premier mécanisme est rare. Nous serions même tenté de ne pas l'admettre, après plusieurs auteurs compétents. Néanmoins, il est soutenu par Portal ; Sabatier, cité par Nicaise, en a rapporté, prétend-il, un exemple : « A l'autopsie d'un homme de quarante ans, mort à la suite de nombreuses rétentions d'urine, qui avaient déterminé une fistule urinaire un peu au-dessous de la cicatrice ombilicale, il trouva à la partie la plus élevée de la vessie, *près de l'ouraque*, une ouverture qui communiquait avec la fistule des téguments, par un canal de deux travers de doigt de longueur. » Ce cas doit être un exemple de fistule urinaire vésico-ombilicale, due à la persistance anormale de la perméabilité ouracale, chez un homme de quarante ans. Cette pathogénie nous paraît beaucoup plus vraisemblable que celle invoquée par Sabatier. Elle nous explique parfaitement la continuité de l'épithélium vésical, dans toute la longueur du trajet. A ce propos, nous ferons remarquer que beaucoup de cas semblables, publiés ou non, ont dû être aussi mal interprétés par des auteurs anciens non prévenus, alors qu'ils devaient recon-

naître plutôt un trouble de développement. Aujourd'hui, cette pathogénie est définitivement adoptée.

La formation d'un kyste urinaire sous-péritonéal n'est pas moins rare. Elle nous paraît plus probable, tandis que le mécanisme, attribuant à la hernie de la muqueuse vésicale la formation d'un trajet urinaire reste problématique, ainsi que nous l'avons vu. A l'appui de ce mécanisme du mode de formation de la fistule par le kyste urinaire, on a invoqué l'autopsie de Falaschi (Nicaise). Chez un individu très âgé, observé par ce dernier auteur, on remarqua quelque temps avant la mort, une occlusion complète de l'urètre, suivie de l'émission de l'urine par l'ombilic. L'autopsie démontra que, pour arriver à l'ombilic, l'urine s'était frayé un passage à travers une ulcération située dans les parois vésicales; de là, elle s'était répandue dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, depuis l'ombilic jusqu'au pubis, contenue dans une vaste poche limitée en avant par la paroi abdominale, en arrière par le péritoine épaissi et adhérent aux anses intestinales. L'urine sortait de cette cavité par une fistule qui s'était ouverte à l'ombilic.

Faivre<sup>1</sup> crut aussi avoir observé un fait analogue chez une petite fille âgée de douze ans qui, depuis quatre ans, urinait par l'ombilic; l'urètre était obstrué par un calcul : « A la fin, dit l'auteur, on vit se former, à la surface extérieure de l'abdomen, un engorgement considérable produit par l'irruption accidentelle des urines dans le tissu cellulaire de la peau, des muscles et du péritoine. » Faivre profita de la voie ombilicale pour pénétrer dans la vessie

<sup>1</sup> Faivre, *Journal de médecine et de chirurgie*, 1786.

et retirer le calcul. Une sonde fut ensuite fixée à demeure dans l'urètre, la malade guérit complètement. En lisant ces faits, on ne peut s'empêcher de regretter l'obscurité de la pathogénie invoquée par les auteurs. Combien plus simple et plus séduisante est la théorie de la persistance ouracale, généralement acceptée aujourd'hui. Celle-ci devrait, peut-être, revendiquer la majorité des cas analogues aux deux que nous venons de rapporter.

Les exemples de fistules vésico-ombilicales, consécutives à la formation d'un abcès communiquant avec la vessie, sont plus nombreux et surtout plus probants. L'ouverture ombilicale peut alors reconnaître soit une cause traumatique, soit une ulcération vésicale consécutive à de la cystite et surtout à des calculs. Ces lésions déterminent des abcès pariétaux de la vessie et aussi des abcès péri-vésicaux.

Voici une observation de Chopart, dans laquelle un abcès périvésical ouvert par le chirurgien donna issue à de l'urine et à du pus : « Chez une femme enceinte, il survint de la rétention d'urine ; au bout de quelque temps, le ventre devint tendu, douloureux. La fluctuation apparut très marquée, surtout autour du nombril. Une incision faite entre le muscle droit et l'ombilic donna issue à beaucoup de pus et d'urines fétides. Le lendemain, le lit et l'appareil de la malade étaient inondés d'urine ; celle-ci s'écoula quelque temps par l'ombilic, puis on réussit à rétablir par le cathétérisme la voie de l'urètre. La plaie ombilicale se cicatrisa. »

Ainsi que le constatent les auteurs récents, nous admettons que ces abcès siégeaient dans la paroi vésicale, sur la foi des observateurs qui ont rapporté des récits similaires.

Il faut, néanmoins, présumer que les abcès avaient aussi leur siège dans le tissu cellulaire périvésical, au moins secondairement. Il n'est pas très rare, en effet, de voir le phlegmon de la cavité de Retzius s'ouvrir à l'ombilic. Si les abcès ont leur siège primitif dans les parois vésicales (abcès pariétaux), c'est en se propageant au tissu cellulaire péri-vésical et prépéritonéal qu'ils arrivent à se faire jour par l'ombilic. La succession des phénomènes est la suivante : abcès pariétal de la vessie, ulcération vésicale, abcès prépéritonéal, ouverture de cet abcès à l'ombilic, enfin fistule pyo-vésico-ombilicale.

En résumé, les fistules ombilicales urinaires indépendantes de l'ouraque, indépendantes, par conséquent, d'un trouble de développement, sont fort rares. Elles sont ordinairement consécutives à des phlegmons périvésicaux dont la symptomatologie attire tout d'abord l'attention. Ces commémoratifs les différencient complètement des fistules urinaires congénitales tenant à la perméabilité anormale de l'ouraque. Nous avons voulu en dire quelques mots dès le début, afin de justifier les conclusions que nous tirerons, à propos du diagnostic différentiel entre les fistules congénitales et non congénitales. Il est bien évident, d'autre part, que la symptomatologie ne restera la pierre de touche dans ce diagnostic que dans les cas où l'autopsie ne pourrait être faite. Toutes les fois que celle-ci pourra être pratiquée, c'est la constatation d'un épithélium continu entre la vessie et l'ombilic qui sera, pour ainsi dire, la signature de l'origine congénitale par persistance ouracale ;

## 2° Les fistules vésico-ombilicales d'origine

**congénitale** sont bien autrement fréquentes que celles qui sont acquises. Elles sont mieux démontrées.

La vessie, développée aux dépens de la vésicule atlan-toïde, se continue, en haut vers l'ombilic, par l'intermédiaire d'un canal qui reste normalement perméable jusqu'au quatrième ou cinquième mois de la vie intra-utérine. Pendant toute cette période, ce conduit que l'on a appelé ouraque et qui n'est, en somme, que le pédicule de la vésicule atlan-toïde, forme donc un diverticule vésical en forme d'entonnoir. Sa base s'ouvre dans la vessie, tandis que son sommet traverse l'ombilic. A l'état normal, ce canal s'oblitère et se transforme définitivement en un cordon plein, imperméable, sur lequel nous n'insistons pas.

Tout le monde connaît ces détails. On sait aussi que parfois l'état primitif persiste, et que l'ouraque restant perméable et ouvert, d'un côté dans la vessie et de l'autre côté à l'ombilic, on se trouve en présence d'une fistule vésico-ombilicale par persistance de l'ouraque foetal. Telles sont les fistules d'origine congénitale.

Elles sont d'origine congénitale, quelle que soit l'époque de leur apparition, au moment ou longtemps après la naissance, parce que la disposition qui les a produites est, en réalité, la persistance d'un stade embryonnaire. Elles représentent une malformation, un trouble, un arrêt de développement.

Si l'origine primordiale de ces fistules est toujours la même, il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue clinique, c'est l'apparition des urines à l'ombilic qui trahit leur existence. C'est sous l'influence de certaines conditions étiologiques particulières qu'un ouraque perméable sera reconnu, alors que, pendant de nombreuses années, il

était resté inconnu et pour ainsi dire latent. En raison de ces causes occasionnelles, on a subdivisé les fistules vésico-ombilicales congénitales en un certain nombre de variétés. Quelques auteurs envisageant surtout le moment de l'apparition des fistules, les ont rangées en : fistules apparaissant chez le nouveau-né; fistules apparaissant chez l'adulte ou le vieillard, c'est-à-dire longtemps après la naissance. Cette classification ne semble pas avoir prévalu, car quelle que soit l'époque d'apparition de l'urine à l'ombilic, époque qui coïncide avec le moment du diagnostic, cette question d'âge n'a qu'une importance relative. Il est préférable de ranger ensemble les fistules qui reconnaissent dans leur apparition une cause occasionnelle identique.

La cause déterminante est toujours la même, c'est-à-dire un trouble de développement. Ce sont les causes occasionnelles jouant un rôle dans l'apparition de cette infirmité qui servirent de base à la classification adoptée par Nicaise, Forgeue et Morer<sup>1</sup>, etc., et qui paraît définitivement admise.

Il y aurait quatre catégories de fistules congénitales : tantôt on voit, chez les nouveau-nés, l'écoulement de l'urine se produire par l'ombilic, sans qu'il existe aucun obstacle à son passage par l'urètre; tantôt il existe un vice de conformation qui empêche l'écoulement urinaire par les voies naturelles. On a signalé chez des hystériques, à la suite d'une ischurie plus ou moins prolongée, une miction ombilicale qui ne peut être expliquée que par la persistance de la

<sup>1</sup> Forgeue et Morer, *Nouveau Montpellier médical*, 9 novembre 1895.

perméabilité de l'ouraque. Enfin, dans une quatrième série de faits, l'ouraque devient, plus ou moins longtemps après la naissance, à la suite d'une occlusion accidentelle du canal urétral, la voie d'écoulement de l'urine : ce sont les fistules tardives. Dans ces dernières, on trouve les fistules que nous étudions spécialement, qui apparaissent sous l'influence d'une hypertrophie prostatique. Nous allons passer rapidement en revue ces diverses variétés de fistules.

a) Les *fistules vésico-ombilicales sans obstruction de l'urètre* apparaissent ordinairement chez le nouveau-né, après la chute de la ligature du cordon, qui jusque-là empêchait l'issue de l'urine. Leur pathogénie est fort simple, leur fréquence relative est bien connue. Les cas publiés depuis Méry (1700) sont nombreux, leur traitement enfin a été l'objet de nombreux travaux. En voici un exemple typique pris entre mille : Chez une petite fille observée par Lugeol, chirurgien de la Maternité de Bordeaux, l'écoulement de l'urine par le nombril commença après la chute de la ligature, vers le septième jour. Lugeol vit l'enfant une quinzaine de jours après la naissance. Il trouva les linges du pansement mouillés : « L'enfant s'étant mise à uriner, dit-il, je vis des liquides s'écouler en nappe par l'ombilic. Du papier de tournesol me permit d'en constater la réaction acide. En dépliant le nombril je trouvai une petite tumeur molle, d'un rouge violacé, au centre de laquelle je distinguai un petit pertuis. Quoique l'enfant urinât abondamment par l'urètre, je pensai à une fistule urinaire. Un stylet de trousse, introduit par l'ouverture, pénétra facilement de 3 centimètres environ dans la direction de la vessie. Je ne crus pas devoir pousser mon investigation plus loin. »

Lugeol conseilla une compression légère exercée sur l'ombilic. Quand il revit l'enfant, trois mois après la naissance, la fistule était tarie, l'écoulement avait diminué peu à peu, puis avait cessé complètement. Il n'existait plus ni tumeur ombilicale ni pertuis. Dans ce cas, il y avait persistance de l'ouraque, sans obstacle au cours normal de l'urine ; la guérison spontanée, fait très rare, peut-être même unique dans l'histoire des fistules vésico-ombilicales, prouve bien qu'il n'existait pas de lésions urétrales, comme la conservation de la miction par les voies naturelles permettait de le supposer.

En présence de ce cas, il est peut-être téméraire de conclure à une guérison spontanée définitive. Le sujet, bien que débarrassé de l'écoulement urinaire ombilical, a dû garder encore un trajet canaliculé. Qui pourrait affirmer que, plus tard, sous l'influence d'une cause quelconque, cette femme n'a pas vu, à nouveau, l'urine sourdre à l'ombilic ? Cette remarque nous est suggérée par l'histoire analogue du malade de M. Jaboulay. Après avoir gardé pendant plus de trois mois, une fistule urinaire, cet homme eut une guérison apparente, pendant plus de soixante ans, suivie alors de la réapparition du liquide urinaire à l'ombilic.

*b) Les fistules vésico-ombilicales par vice de conformation de l'urètre* sont plus communes, leur mécanisme est plus facile à interpréter. L'excrétion urinaire ne pouvant se faire par l'urètre oblitéré chez le fœtus, la vessie se dilate ainsi que l'ouraque ; celui-ci ne se ferme pas et remplace le canal urinaire insuffisant.

L'observation de Cabrol, citée *in* Dechambre, est un des plus remarquables exemples de cette variété de fis-

tules. On nous permettra de la reproduire en entier, car elle est curieuse à tous égards :

« En l'année 1550, estant à la suite de Monseigneur de Montmorency, dans la ville de Beaucaire, sur les quatre heures du soir, fut faict une salve d'arquebuzade par la garde de la ville, au-devant de la porte de M<sup>lle</sup> de Varie, où pour lors j'estoy assis avec plusieurs damoiselles ; cette scopétrie apporta un dommage particulier, car le papier de l'une de ces arquebuzades, donnant sur la salle, ressaillit sur le visage et sur la main de trois ou quatre, dont je fus appelé pour panser la plus blessée. En la pensant, je sentiz une puanteur d'urine si forte que je fus presque contrainct de la quitter sans achever de la panser, ne sachant toutefois bonnement d'où procédait cette fêteur, ou de la blessée ou d'une autre qui tenoit la chandelle. Mais bientôt je fus éclairé de ce double par M<sup>lle</sup> de Varie, qui m'assura que c'estoyt celle qui m'esclaroyt qui pouoit ainsi, et que son père donnerait volontiers la moitié de son bien et qu'elle fust bien guérie.

« Je la priay de me la faire voir. Et elle me fut présentée le lendemain matin, et trouvay son ombilic allongé de quatre doigts et semblable à la creste d'un coq d'Inde, et qu'elle pissoyt ordinairement par l'ouraque. Enfin, ayant recogneu son mal, je me représentay tout à coup le dangier qui en pouvoit advenir, et que la mort seroyt inévitable si en fermant le trou d'en haut, on ne donnoyt issue à l'urine par le trou d'en bas. Mais le pire fut à l'exhibition des pièces, car la patiente qui pouvait estre âgée de dix-huit à vingt ans, n'en vouloyt aucunement entendre. Enfin, vaincue des prières du père et de la mère, consentit-elle à en faire la montre. Je trouvoy l'orifice de la

vessie fermé d'une membrane espesse d'un teton ou plus, le reste bien formé, qui fut cause que je m'attaquoy d'abord à cette partie inférieure, et ayant faict l'ouverture, luy mis une canule de plomb jusque en dedans du corps de la vessie, pour tenir le conduit libre et faire que l'urine eust son passage naturel par là. Le lendemain je procéday à l'opération de l'ombilic, et y fit une ligature pareille à celle des opérateurs, lorsqu'ils coupent une entérocele, car je fis passer l'aiguille trois fois par un mesme trou en embrassant la seconde fois un des côtés tant seulement et la tierce l'autre, avec un filet fort et bien ciré. Cela faict, je couppay près de la ligature, cautérisay le bout, et l'eschare tombée, le traitay avec détersifs et dessiccatifs comme les autres ulcères, et feut guérie entièrement, dans les douze jours. Par ainsy je m'acquittay fidèlement de la promesse que j'avois faicte de la guérir. Mais je me vis frustré de cette mademoyselle de Varie, la moitié du bien du père estant converti en un double ducat qui me feut donné pour ma peine. »

Il est bien évident que dans cette catégorie de fistules, l'écoulement ombilical existe à la naissance, puisque l'obstacle à l'excrétion urinaire est un rétrécissement urétral congénital.

c) Les *fistules vésico-ombilicales consécutives à l'ischurie hystérique* sont sujettes à caution. On en trouve signalées deux observations dans les auteurs. L'une a été communiquée par Chomel, à l'Académie des sciences, en 1757; l'autre a été publiée par Hartings, dans le *London medical* (journal 1829).

La voici :

« Une femme de vingt-sept ans, hystérique, fut prise

de vomissements, avec suppression presque complète de l'urine; du 9 au 27 avril, les vomissements furent continuels. Elle rendait à peine quelques onces de liquide urinaire. Le 27, il se produisit une hémorragie par l'ombilic. Le 2 mai, il sortit, par l'ombilic, un liquide ayant à la fois l'odeur et la couleur de l'urine. Jusqu'au 7, cette émission d'urine continua; les vomissements diminuèrent. Du 7 au 9, il ne sortit d'urine ni par l'ombilic, ni par l'urètre et, comme suite nécessaire de cet état, les vomissements, les douleurs, le ballonnement du ventre reparurent avec toute leur intensité. Jusqu'au 26 mai, mêmes symptômes; alternatives d'écoulement de l'urine par l'ombilic et de suppression absolue de la sécrétion urinaire avec réapparition des vomissements. Le 26, 4 onces d'urine furent retirées par la sonde. Le lendemain, on en obtint 8, et insensiblement, la quantité augmenta à mesure que celle de l'urine rendue par l'ombilic diminuait. Les symptômes généraux s'amendèrent. Le mois suivant, les urines reprirent leur cours; il n'en sortit plus une goutte par l'ombilic. Quelques années après, cette femme revint à l'hôpital pour une paralysie hystérique des membres inférieurs, dont elle guérit parfaitement. Pendant quelque temps, on fut obligé de la sonder pour faciliter l'émission de l'urine; mais jamais, cette fois, on n'observa le moindre écoulement urinaire par l'ombilic.

Dans l'interprétation de pareils faits, on doit être réservé, surtout si l'on songe que, malgré le nombre d'hystériques observés chaque jour, il n'est plus donné à notre époque de voir des exemples de ces phénomènes extraordinaires (Nicaise).

d) Nous arrivons à notre quatrième et dernière catégorie, c'est-à-dire aux *fistules vésico-ombilicales apparaissant tardivement, à la suite d'une obstruction accidentelle de l'urètre*. Cette classe nous intéresse spécialement, puisqu'elle comprend les faits, dans lesquels la cause fut une hypertrophie prostatique.

La première question qui se présente immédiatement est celle-ci : chez un individu adulte, à la suite d'un obstacle subit au cours de l'urine, l'écoulement peut-il se faire en suivant l'ouraque resté ou redevenu perméable ? La grande majorité des auteurs se sont refusés pendant longtemps à admettre que le canal de l'ouraque, oblitéré au moment de la naissance, puisse redevenir perméable, à une époque quelconque de la vie. Néanmoins, Bérard admettait ce mécanisme comme possible : « Vraisemblablement, disait-il, les individus adultes qui ont uriné accidentellement par l'ombilic avaient conservé une perméabilité anormale de l'ouraque ; ou bien, chez eux, la vessie distendue avait envoyé un prolongement vers l'ombilic. »

Nicaise<sup>1</sup> préfère admettre le premier mécanisme, qui s'accorde mieux avec les résultats des autopsies et avec les exemples de persistance du canal de l'ouraque signalés par divers auteurs.

Ces exemples sont, en effet, connus depuis longtemps. Albinus a vu, chez un jeune homme, l'ouraque creusé d'un conduit et s'ouvrant dans la vessie. Et il assure que ce n'est pas un fait rare. Haller raconte que, sur le cadavre d'un adulte, il a rencontré l'ouraque perméable ; il a pu même y faire pénétrer une soie de sanglier.

<sup>1</sup> Nicaise, art. OMBILIC, *Dict. Dechambre*.

Harvey, Moreau, Verdries, Bendt ont décrit des observations semblables de persistance du canal de l'ouraque.

On conçoit facilement que, chez des individus présentant cette anomalie, aucun phénomène appréciable ne trahisse ce trouble de développement, tant que l'urine s'écoule librement par les voies ordinaires. Mais que l'urètre vienne un jour à être obstrué par une cause quelconque, le reflux du liquide par le conduit latent amènera rapidement sa dilatation. L'urine viendra sourdre à l'ombilic. L'idée d'un prolongement envoyé par la vessie vers l'ombilic paraît bien hypothétique, ainsi que nous l'avons déjà dit. Elle n'a pas la clarté ni les preuves démonstratives qu'on retrouve dans la théorie de l'arrêt de développement.

Malgré tout, cependant, Gruget, dans sa thèse sur les *fistules urinaires ombilicales* (Paris, 1876), préférerait encore admettre la préexistence d'un kyste urinaire sous-péritonéal, dans le plus grand nombre des cas de fistules vésico-ombilicales tardives. Les récits de Fernel et de Peyer paraissent néanmoins assez démonstratifs. Dans le cas de Peyer, par exemple, la force du jet urinaire, qui sortait par l'ombilic, devait faire rejeter l'existence d'une poche sous-péritonéale, dans laquelle l'urine se serait ramassée, au préalable. « Je suis persuadé, dit Peyer, qu'il existe parfois une persistance anormale de l'ouraque. Car, après Fernel et Cabrol, j'ai vu un homme d'un âge avancé, dont le col vésical était obstrué par un calcul, rendre avec une certaine force, et cela pendant plusieurs mois, toutes ses urines par l'ombilic. »

Bien plus, dans une des observations de Littre, l'autopsie fut faite; chez un garçon de dix-huit ans, qui avait le

col de la vessie bouché par une grosse pierre, on trouva l'ouraque creux et dilaté, jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus de la vessie.

De nos jours, les auteurs qui se sont occupés de cette question adoptent généralement la pathogénie de l'arrêt de développement, pour la plupart des fistules vésico-ombilicales tardives. Néanmoins, Desnos<sup>1</sup> émet encore un doute, dans un ouvrage très récent : « Comme il est difficile, dit-il, d'admettre que l'ouraque soit resté ou soit redevenu perméable, l'interprétation des faits qui constituent cette variété de fistules demeure problématique. »

Nicaise, Forgue et Morer, Trogneux, Kirmisson sont très explicites. Nicaise<sup>2</sup> admet l'existence de la variété des fistules tardives par persistance de l'ouraque, apparaissant sous l'influence d'une obstruction accidentelle de l'urètre.

Forgue et Morer<sup>3</sup>, après avoir classé les diverses variétés de fistules vésico-ombilicales congénitales, suivant le plan que nous avons suivi, rangent, dans une quatrième catégorie, les fistules urinaires ombilicales dépendant de l'ouraque et établies plus ou moins longtemps après la naissance, à la suite d'un obstacle au cours des urines.

Des faits à l'appui et des recherches minutieuses conduisent les auteurs à une affirmation concluante : le mémoire de MM. Forgue et Morer est le meilleur travail paru dernièrement sur la question. Nous y avons largement puisé.

<sup>1</sup> Desnos, *Traité des mal. des voies urinaires*, 1898.

<sup>2</sup> Nicaise, *loc. cit.*

<sup>3</sup> Forgue et Morer, *loc. cit.*

Trogneux, en 1897<sup>1</sup>, a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de ce sujet. Il tirait les conclusions suivantes, qui nous intéressent spécialement : « La fistule vésico-ombilicale, pour être rare, n'est pas aussi exceptionnelle qu'on l'a parfois écrit. Il y a lieu de distinguer : les fistules existant dès la naissance, et celles produites ultérieurement, ces deux variétés relevant d'une cause commune, la persistance de l'ouraque. L'existence de ces fistules, précoces ou tardives, peut être, pour ainsi dire, toujours rapportée à la présence d'un ouraque resté perméable en totalité ou en partie. Le pronostic de cette affection est assombri par une complication fréquente, la cystite. » Trogneux rapporte une observation inédite, suivie du contrôle indiscutable de l'autopsie. Elle démontre, avec évidence, la réalité des fistules vésico-ombilicales tardives dues à la persistance de la perméabilité ouracale.

M. le professeur agrégé Kirmisson<sup>2</sup> spécifie également que les fistules urinaires ombilicales d'origine congénitale se rencontrent, dans deux circonstances différentes : « Les unes se montrent chez l'adulte, le plus souvent au cours des maladies des voies urinaires ; les autres s'observent chez le nouveau-né. »

Enfin, MM. Delore (de Lyon) et Molin, dans un article récent<sup>3</sup>, paru dans les *Archives provinciales de chirurgie* (novembre 1898), ont établi nettement l'existence des

<sup>1</sup> Trogneux, *Contribution à l'étude des fistules vésico-ombilicales* (thèse Paris, 1897).

<sup>2</sup> Kirmisson, *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, Paris, Masson 1898.

<sup>3</sup> Delore et Molin, *Fistules vésico-ombilicales tardives* (*Archives prov. de chirurgie*, novembre 1898).

fistules vésico-ombilicales tardives par persistance de la perméabilité de l'ouraque. Avec une observation, ils ont montré que ces fistules pouvaient apparaître, seulement dans un âge avancé, sous l'influence d'une obstruction relative de l'urètre par une hypertrophie de la prostate. La fistule apparue à la naissance était restée latente, depuis l'âge de trois mois, jusqu'à l'âge de soixante-trois ans.

Comme la plupart des auteurs, nous admettrons donc la fistule vésico-ombilicale apparaissant tardivement et due à la persistance anormale de l'ouraque. Nous allons surtout attirer l'attention sur celles qui apparaissent, consécutivement à la gêne de l'excrétion urinaire, qui résulte d'une hypertrophie prostatique. Les observations que nous citons nous paraissent absolument démonstratives. Nous croyons qu'elles doivent faire tomber les derniers doutes.

---

## CHAPITRE II

### OBSERVATIONS

Nous rapporterons d'abord l'observation d'un homme qui eut une fistule vésico-ombilicale par persistance de l'ouraque, fistule latente jusqu'à l'âge de soixante-trois ans. Au moment de la naissance, il fut atteint d'un écoulement d'urine qui disparut à l'âge de trois mois ; la fistule réapparut à l'âge de soixante-trois ans, après des accidents d'hypertrophie prostatique survenus à cette époque.

Voici cette observation que nous devons à l'extrême obligeance de M. Jaboulay, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

#### OBSERVATION I

*Fistule vésico-ombilicale congénitale à la naissance. — Oblitération. — Réouverture à l'âge de 62 ans. — Hypertrophie prostatique.*

E... Antoine, soixante-trois ans, moulurier.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Bonne santé antérieure jusqu'à l'âge de soixante-deux ans.

A cette époque, le malade commença à éprouver des troubles de la miction : dysurie, pollakiurie et autres symptômes relevant d'une hypertrophie de la prostate, ainsi que le confirme l'examen pratiqué depuis, c'est-à-dire le cathétérisme et le toucher rectal.

Les troubles allèrent toujours s'accroissant, jusqu'au jour où, dans un effort de miction, peut-être plus violent que les précédents, le malade vit brusquement sourdre, au niveau de l'ombilic, des gouttes d'une urine extrêmement épaisse, d'odeur ammoniacale et fermentée ayant tous les caractères d'un long séjour dans la vessie.

La quantité d'urine émise pour la première fois, par l'ombilic, fut d'environ 150 à 200 grammes. C'est alors que le malade entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Jaboulay (octobre 1897).

Interrogé sur l'existence antérieure d'une fistule ombilico-vésicale, il déclara tout d'abord qu'il n'avait jamais éprouvé un accident semblable. Mais pressé de questions, il finit enfin par se rappeler le fait suivant, important dans le cas particulier. Sa mère lui avait raconté, qu' aussitôt après sa naissance, on l'avait traité pour un écoulement d'urine à l'ombilic. Cet écoulement, d'ailleurs, avait disparu, au bout de deux ou trois mois, par l'application d'un bandage approprié.

Il s'agit donc là d'une fistule ombilico-vésicale du premier âge rapidement obstruée, réouverte soixante-deux ans plus tard, dès le début d'une hypertrophie prostatique, sous l'influence de l'élévation de la pression intra-vésicale consécutive.

Actuellement, le malade urine très difficilement par l'urètre; par contre, l'urine sourd, d'une façon continue,

par l'ombilic. La fistule occupe la partie inférieure de l'anneau ombilical ; il s'agit d'un orifice filiforme plus décelable à l'exploration du stylet qu'à la vue. Tout autour de la région, on note de l'érythème, dû au contact du liquide constamment sécrété.

*Opération*, le 8 décembre 1897. — Dissection de l'extrémité supérieure de l'ouraque, sur une étendue de 3 ou 4 centimètres. Invagination de cette extrémité supérieure et ligature. Pendant les quinze premiers jours qui suivent l'opération, l'absence d'écoulement d'urine, au niveau de la cicatrice opératoire, en même temps que le traitement minutieux des complications de l'hypertrophie prostatique, permirent d'espérer une guérison définitive.

Malheureusement la fistule ne tarda pas à se rétablir, donnant issue comme auparavant à la plus grande partie des urines. M. Jaboulay pratique alors la résection double des canaux déférents. Au bout d'un mois, le malade demanda lui-même à sortir.

Au mois de juillet 1898, huit mois par conséquent après la première opération, il rentre à nouveau dans le service. L'écoulement ombilical persiste toujours, et de même les symptômes d'hypertrophie prostatique. Peut-être les sondages journaliers, suivis d'injections boriquées et terminés par la solution de nitrate d'argent à 1 pour 100 pourront-ils, en amendant la dernière affection, en rendant leur perméabilité aux voies naturelles, laisser s'oblitérer la voie artificielle, la voie pathologique ? Rien encore, toutefois, dans l'évolution présente de la maladie ne permet d'espérer, dans un bref délai, un pareil résultat.

Au mois de novembre 1898, le malade, qui était parti chez lui dans un état relativement satisfaisant, revient dans le service, en se plaignant à nouveau de troubles très accentués de la miction. On constate tous les signes d'une cystite intense : pollakiurie, urines purulentes, difficulté de la miction. L'état général est mauvais. Enfin l'exploration vésicale fait nettement reconnaître des calculs vésicaux.

Devant l'affaiblissement général, la cystite, la calculose vésicale, on pratique la taille vésicale sus-pubienne, autant pour drainer cette vessie infectée que pour enlever les calculs qui sont petits et nombreux (30 environ).

A la suite de cette intervention, les douleurs s'apaisent rapidement, le calme revient, la cystite disparaît et l'état général se relève manifestement, mais l'orifice sus-pubien se rétrécit vite, et bientôt s'oblitére complètement.

20 décembre 1898. — L'oblitération de l'incision sus-pubienne est à peu près complète et ne laisse plus sortir l'urine. A sa place, on ne retrouve plus qu'un léger bourrelet charnu et une petite éventration post-opératoire.

De nouveau, les phénomènes de cystite se sont reproduits, depuis l'oblitération de la voie chirurgicale sus-pubienne. Le malade urine, environ vingt fois pendant le jour et autant pendant la nuit ; chaque miction contient à peine un quart de verre d'une urine très épaisse, boueuse et purulente. Tous les quinze jours aussi, il urine un calcul petit, déterminant de véritables coliques urétrales. Enfin, le liquide urinaire sourd, de nouveau, par la voie ombilicale, en petite quantité, quand le malade fait des efforts, dans la position debout.

Bien que l'autopsie d'un tel malade n'ait pas été pratiquée, il n'est pas douteux qu'il s'agit bien ici d'une fistule vésico-ombilicale tardive par persistance anormale de la perméabilité de l'ouraque. A ceux qui conserveraient quelques doutes à ce sujet, il suffirait de rappeler que cet homme avait eu une fistule manifestement congénitale, au moment de sa naissance. La disposition congénitale avait persisté, à l'état latent, jusqu'à l'âge de soixante-deux ans.

La seconde observation rapportée ci-dessous est due à Lévié (de Rotterdam) qui la publia, dans une lettre à Guéniot, en 1879. Elle eut le contrôle indiscutable de l'autopsie. C'est encore l'histoire d'un homme de soixante-neuf ans qui, sous l'influence d'une hypertrophie prostatique, vit tout à coup l'urine sourdre à l'ombilic ; le jet était plus fort pendant les contractions vésicales, si bien que cet homme avait, pour ainsi dire, deux urètres : l'un ombilical, l'autre normal, mais pathologiquement obstrué. Jusqu'à la mort, qui survint quatre mois après l'apparition de la fistule vésico-ombilicale, l'urine sortit constamment par le nombril.

OBSERVATION II, de Lévié (de Rotterdam).

(Lettre à M. Guéniot, analyse (*Bull. de thérapeut.*, 1879).

*Ecoulement d'urine par l'ombilic chez un homme  
âgé de soixante-neuf ans.*

X..., né à La Haye, non vacciné, ayant eu la petite vérole. En dehors d'un catarrhe de la vessie, revenant

assez fréquemment, à la suite de refroidissements, il n'a pas souvenir d'avoir été malade.

Depuis quatre ans, il urine de plus en plus difficilement, mais toujours sans douleur. A mesure que la dysurie augmenta, le besoin d'uriner devint plus fréquent, en sorte que le patient prit le parti de fixer le pénis, pendant la nuit, dans une bouteille. L'usage de l'huile de Harlem le débarrassa temporairement de cette infirmité.

Depuis le 22 octobre 1877, comme la dysurie était revenue plus forte qu'auparavant, l'urine commença à s'écouler par le nombril.

Actuellement (3 décembre 1877), l'urine s'écoule en plus grande partie par l'ombilic que par l'urètre; à un degré moindre, cependant, lorsque le malade est debout ou assis que pendant la nuit, lorsqu'il est couché. Il répand une odeur ammoniacale insupportable; du reste, il se porte bien, mange, boit et dort convenablement.

On ne constate rien d'extraordinaire, ni au pénis, ni au bas-ventre. Le nombril, dont les bords sont un peu rouges, se présente sous la forme d'un petit entonnoir. On introduisit prudemment à travers son ouverture, dans la direction de la vessie et en suivant la ligne blanche, une sonde à tête ronde (tête ayant environ 2 millimètres de diamètre) jusqu'à ce que l'instrument fût arrêté par un obstacle, à 8 centimètres de profondeur. Dans un examen ultérieur, on put pénétrer jusqu'à 14 centimètres et on sentit distinctement la sonde, au-dessus de la symphyse pubienne. L'introduction et la sortie de la sonde ne produisaient pas la moindre douleur et n'avaient d'autre résultat que d'arrêter, pour plusieurs heures, l'écoulement de l'urine par le nombril.

En faisant uriner le patient, on constata que l'écoulement par l'ombilic devenait plus abondant, au bout de quelques minutes, dès que l'urine parvenait à sortir, goutte à goutte par l'urètre. Ainsi pendant l'action des muscles expulseurs de l'urine, on vit en même temps un écoulement saccadé par le nombril. Il sembla même que, de la vessie à l'ombilic, le long de la ligne blanche, il existait, comme de petites contractions sous-cutanées.

L'analyse de l'urine fut faite par M. Haaxman. En voici le résultat :

*Urine du nombril* : couleur jaune clair, un peu trouble, densité 1,0195 ; réaction neutre.

*Urine de l'urètre* : couleur jaune clair, un peu plus trouble que la précédente, densité 1,020 ; réaction neutre.

Les caractères suivants étaient identiques pour les deux urines : 1° l'évaporation naturelle de quelques gouttes permettait de reconnaître beaucoup de cristaux de chlorure de sodium et les urates ordinaires ; 2° les urines filtrées donnaient une réaction très manifeste d'albumine, avec formation de flocons ; 3° pas de glycosé ; 4° réaction faible avec l'oxalate d'ammoniaque et l'ammoniaque sur des phosphates terreux. Après douze heures, il s'était formé, dans les urines, une couche visqueuse avec filaments, dans laquelle on distinguait, sous le microscope, de nombreux cristaux de phosphate de chaux, en plus grand nombre et de plus grandes dimensions dans l'urine urétrale.

Impossibilité de tarir l'écoulement ombilical ou d'en faire disparaître la cause, chez un homme de cet âge (69 ans). Il se refuse à porter une sonde à demeure. Le Dr Lévié fait alors fabriquer un bandage, muni d'une

cuvette en cuivre qui contient une éponge, et destinée à s'appliquer sur le nombril.

Le 14 janvier 1878, l'usage de l'huile de Harlem, susmentionnée, fait disparaître à nouveau, pendant plusieurs jours, l'écoulement ombilical. Mais le 29 du même mois le malade succombe.

*Autopsie.* — Faite par M. Klinkert, on trouva les lésions suivantes :

1° *Prostate très hypertrophiée qui aplatissait le canal de l'urètre.*

2° Les deux uretères très dilatés avec une surface interne brune, et l'épithélium détruit.

3° Dans les deux reins, calices et bassinets complètement remplis d'urine ; çà et là, une gouttelette de pus ; substance médullaire en partie ramollie ; cependant l'organe, dans son ensemble, peu atrophie.

4° Vessie non agrandie, à surface interne blanche, tout à fait normale, sans trace d'inflammation ;

5° *L'ouraque, de l'excavation du nombril à la vessie, présente une forme tubuleuse et n'est oblitéré, en aucun point.* Sa surface interne, surtout dans la portion inférieure qui confine à la vessie, est de couleur foncée, noirâtre ; le tissu sous-muqueux est tuméfié, et l'épithélium en partie détruit. Vue de l'intérieur de la vessie, l'embouchure de l'ouraque présente une lumière de 1 millimètre à 1 millimètre et demi ; elle est circonscrite par un bord quelque peu renflé et saillant.

Le malade de l'observation II est mort assez rapidement, après l'apparition de la voie urinaire ombilicale

d'origine congénitale. Il serait bien téméraire de porter une affirmation, de dire si le rôle de l'ouraque a été un bienfait ou, au contraire, une complication. Car la gravité des accidents d'origine prostatique suffit à expliquer, par elle-même, la terminaison mortelle, en dehors des dangers plus ou moins incertains créés par la fistule de l'ombilic.

Il semble bien que, dans l'observation suivante due à Lévêque, la mort a été retardée, la vie a été assurée, grâce à la soupape de sûreté, pour les urines, que représentait ce véritable méat ombilical. Un homme, âgé de quatre-vingts ans, a vécu pendant plus de vingt-cinq ans, en émettant ses urines par l'ombilic, alors que l'urètre était obstrué par une énorme prostate. L'exemple est une démonstration vivante des bienfaits, parfois remarquables, d'une dérivation urinaire, en même temps qu'il en fait ressortir l'absence de dangers, au moins dans quelques cas.

OBSERVATION III (M. Lévêque Lasource, *Journal de Corvisart*, 1811, t. XXI).

*Fistule vésico-ombilicale pendant vingt-cinq ans  
chez un prostatique.*

J.-P.L..., âgé de quatre-vingts ans, fermier, demeurant à Ivry, d'une constitution robuste, quoique asthmatique, portait, à cette époque, deux hernies inguinales qu'il maintenait par un double bandage. Il avait aussi, depuis fort longtemps, un exomphale qui l'incommodait peu et n'avait jusque-là donné lieu à aucun accident.

Depuis vingt-cinq ans, ce vieillard rendait, à ce qu'il

dit, ses urines par l'ombilic, quoiqu'il urinât cependant facilement et souvent par les voies ordinaires. Les urines ne sortaient point par jet de l'ombilic (l'ouverture qui leur donnait passage étant trop petite pour le leur permettre), mais elles mouillaient et baignaient les vêtements du malade, et l'on n'avait trouvé aucun moyen de s'opposer à cet inconvénient.

Il est sans doute bien digne de remarque que l'ouraque, ce conduit qui, suivant les apparences, a été oblitéré jusqu'à la cinquantième année, se soit ouvert à cette époque de la vie, pour donner lieu à une excrétion habituelle. Au reste, cette incommodité ne paraît pas avoir dû abréger les jours de ce vieillard, à qui une sobriété constante assurait une santé toujours florissante, comme on en pouvait juger par son teint vermeil, un certain embonpoint, et la manière libre et aisée avec laquelle s'exerçaient toutes ses fonctions. Tout au plus peut-on songer qu'un certain degré d'hypertrophie prostatique a pu aider à faire dévier l'urine, vers le trajet anormal.

Telles sont les seules observations que nous pouvons signaler, à propos des fistules qui ont reconnu nettement leur origine, dans l'obstruction de l'urètre par une hypertrophie prostatique. On nous permettra néanmoins, bien que les faits suivants ne rentrent pas, à proprement parler, dans le cadre que nous nous sommes tracé, de relater les observations suivantes :

OBSERVATION IV (de Nélaton, publiée par Horion).

*Abcès chaud de la prostate. — Fistule vésico-ombilicale consécutive, pendant la durée de l'abcès*

Un homme de cinquante-huit ans, bien portant jusque-là, fut atteint d'un abcès chaud de la prostate. Sans cause appréciable, on vit tout à coup l'urine sourdre à l'ombilic, tandis que la miction s'arrêtait par la voie urétrale. La voie urinaire ombilicale persista jusqu'à complète guérison de l'abcès chaud de la prostate. Alors, la miction reprit son chemin par les voies naturelles, tandis que l'urine abandonnait le chemin ombilical qui disparut bientôt et parut, tout au moins, définitivement s'oblitérer.

OBSERVATION V

(Peyer, *Observationes circa ourachum in foetu humano pervium*, 1721.)

Cet auteur a observé un vieillard calculeux qui, après une rétention, vit l'urine sortir par l'ombilic. C'était un calculeux, et en même temps un prostatique. L'auteur n'hésite pas à rattacher, à une persistance anormale de l'ouraque, l'apparition de la nouvelle voie urinaire ombilicale.

En résumé, nous donnons trois observations démonstratives ; les deux autres, que nous avons cru devoir rappeler, paraissent trop peu explicites pour entraîner la conviction, au sujet de la cause occasionnelle qui fit évoluer la fistule congénitale probable,

## CHAPITRE III

### ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Dans l'étiologie des fistules vésico-ombilicales tardives d'origine congénitale, il est deux ordres de causes à envisager successivement. Tout d'abord, la cause déterminante, essentielle, est la persistance de la perméabilité ouracale, jusque dans un âge avancé ; c'est le trouble de développement d'origine congénitale.

Ce point étant établi, on doit rechercher ensuite quelle est la cause occasionnelle qui fit apparaître la voie anormale, restée latente pendant de longues années, qui joua, qu'on nous passe l'expression, le rôle de la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

**I. Cause déterminante.** — La pathogénie des fistules ombilico-vésicales tardives et d'origine congénitale, de celles qui apparaissent chez les prostatiques, en particulier, est ordinairement expliquée par la persistance de la *perméabilité complète* de l'ouraue.

1° Dans ces cas, la plupart des auteurs récents admettent que l'ouraue serait resté un véritable prolongement

canaliculé de la vessie. Mais la lumière de ce canal aurait un diamètre filiforme et, pour ainsi dire virtuel, tant que les fonctions urinaires s'accomplissent normalement par les voies naturelles.

Celles-ci, pour une raison ou pour une autre, deviennent-elles insuffisantes ? Le conduit ouracal donne lieu à un écoulement urinaire plus ou moins précoce, parce que la pression intra-vésicale augmente et finit par forcer la voie ombilicale. Cette pathogénie paraît la plus probable, dans le cas que nous avons rapporté (obs. I). Ce malade avait très certainement un ouraque complètement perméable, puisqu'au moment de la naissance il avait donné passage aux urines. Cette malformation primitive, qui ne se traduisit par aucun symptôme, pendant toute la vie, n'en avait pas moins persisté, dans les conditions que l'on a pu voir, tant que l'urètre normal avait rempli parfaitement sa fonction d'excrétion urinaire.

M. le professeur Forgue (*loc. cit.*) admet cette pathogénie, pour la majorité des faits analogues. Nicaise est du même avis. La démonstration en est fournie, d'une façon péremptoire, par l'observation de Lévié (de Rotterdam) que nous avons relatée précédemment (observation II) ; à l'autopsie, on trouva un véritable canal tapissé d'une muqueuse lisse qui, partie de la vessie où elle se continuait avec l'épithélium vésical, arrivait à se confondre avec la peau au niveau de l'ombilic.

Si les constatations sont rares, c'est qu'on recherche rarement la perméabilité ouracale, c'est aussi qu'on a rarement l'occasion d'observer des malades semblables à ceux de Lévié ou de M. Jaboulay. Néanmoins, quelques auteurs ont rencontré à l'amphithéâtre des faits de persistance

de la perméabilité ouracale, sans qu'on n'eût constaté aucun symptôme, pendant la vie des individus.

Harvey signala, depuis longtemps, cette absence d'oblitération de l'ouraue, chez un sujet qu'il avait eu l'occasion d'autopsier. Haller, Bendt, Bœhmer, Littre, Colombus ont aussi fait de pareilles trouvailles d'amphithéâtre. Plus récemment, Boyer, Cruveilhier surtout, dans son *Anatomie Pathologique*, ont rapporté, de leur côté, des observations analogues dans les autopsies. Tous ces anatomistes ou chirurgiens notent que la constatation fut tout à fait fortuite. Aucun symptôme pendant la vie du malade, aucun caractère particulier remarqué à l'examen extérieur du cadavre n'avaient attiré préalablement leur attention sur l'ouraue. En résumé, on peut conclure de ces recherches, de ces découvertes : *la perméabilité complète de l'ouraue peut persister pendant toute la vie, à l'état latent.*

2° La perméabilité complète de l'ouraue n'est pas, cependant, la condition absolument nécessaire à l'établissement de la voie urinaire anormale. Il est possible que le trouble de développement consiste seulement dans une *perméabilité incomplète* ; celle-ci deviendrait plus tard complète sous l'influence de certaines causes occasionnelles. Nous nous expliquons.

Wutz<sup>1</sup> a recherché, en 1883, sur une série de cadavres adultes pris au hasard sur les tables d'amphithéâtre, quelle était la disposition de l'ouraue. Or, fait important pour nous, il aurait rencontré 69 fois sur 100 cadavres un diverticule ouracal de la vessie, variant en longueur de

<sup>1</sup> Wutz, *Arch. de Virchow*, 1883.

2 centimètres à 4 cm. 8. Un diverticule semblable est, évidemment déjà, une amorce pour la fistule, bien qu'il se termine en ampoule vers l'ombilic.

D'autre part, les recherches bien connues de Luschka ont mis en lumière un fait histologique, qui nous intéresse au plus haut point.

L'ouraque normal, réduit à l'état de cordon, paraissant absolument imperméable, contiendrait néanmoins toujours à son centre des cavités de dimensions plus ou moins réduites ; ces espaces virtuels qui représentent, chez l'adulte, les vestiges du conduit allantoïdien, sont tapissés, comme ce dernier, par un épithélium de même nature.

La présence de ces cavités, dans un ouraque normal extérieurement, constitue déjà un premier degré vers la persistance d'un canal complet ; ces espaces ne sont, en effet, que des portions de ce canal morcelé. Sont-ils très nombreux et très rapprochés ? A un moment donné, les cloisons plus ou moins fragiles qui les séparent, pourront disparaître : l'urine s'écoulera à l'ombilic. « Tous ces faits, ceux de Wutz, ceux de Luschka peuvent expliquer, dit Kirmisson, les cas où, chez l'adulte, l'ouraque est tout à coup redevenu perméable. »

On a prétendu encore que, dans quelques cas, les cavités décrites par Luschka sont moins nombreuses, mais plus vastes. L'ouraque serait alors un véritable canal, mais un canal irrégulier, avec des valvules, des rétrécissements, et parfois un ou plusieurs diaphragmes obstruant sa lumière. On a même avancé que le siège du diaphragme était plus fréquemment l'orifice ombilical.

Quelle que soit l'explication, l'ouraque serait alors

comparable au conduit vagino-péritonéal imparfaitement oblitéré, lequel contient si souvent des valvules complètes ou incomplètes qui le divisent en deux ou plusieurs tronçons. Dans ces conditions, survient-il une rétention vésicale ? La pression urinaire augmente, repousse le diaphragme facile, qui cède enfin à la poussée et livre passage aux urines. Cette rupture doit être singulièrement aidée, en règle générale, par l'action des micro-organismes des voies urinaires. Ceux-ci préparent la désorganisation de l'obstacle, amincissent le diaphragme. La pression urinaire agit alors : elle perfore facilement la barrière désagrégée. Est-il nécessaire de rappeler, à ce propos, qu'une vessie, dans l'état de rétention, est presque toujours infectée, à une époque très rapprochée du début de l'arrêt urinaire ?

Pour résumer, nous dirons que la présence d'un ouraque perméable dans toute son étendue est encore la meilleure explication, pour la majorité des cas. C'est la cause déterminante la plus fréquente, d'après nous.

**II. Causes occasionnelles.** — La cause déterminante étant latente, nous voyons toujours la fistule devenir apparente, grâce à une cause occasionnelle.

Une constatation domine, en effet, l'étiologie des fistules vésico-ombilicales tardives, c'est l'influence des obstacles au cours de l'urine. Il faut une élévation de la pression du liquide contenu dans le réservoir vésical. La rétention urinaire, provoquée par un obstacle anatomique ou physiologique siégeant sur le canal de l'urètre, est donc la véritable cause, dans l'apparition de la voie urinaire anormale. Une cystite provoquant des contrac-

tions vésicales incessantes (Genouville) et parfois une contracture du col ou du sphincter urétral, un rétrécissement accompagné ou non de spasme urétral, un calcul oblitérant l'orifice vésical, une hypertrophie prostatique avec ou sans congestion, etc., provoquent la rétention et consécutivement la fistule. Ce phénomène n'est qu'une application de cette loi générale bien connue : Toute fistule apparaît et persiste, quand le cours normal du liquide qu'elle conduit ne trouve pas une libre issue par les voies normales d'excrétion.

Nous retiendrons surtout le *rôle de la prostate*. L'obstacle est ici l'apanage de la vieillesse : il révélera donc un trouble de développement qui aura passé inaperçu pendant de nombreuses années.

La rareté des fistules, nées sous l'influence de l'hypertrophie prostatique, ne doit pas nous étonner ; nous n'avons pu en recueillir que trois observations dans la littérature chirurgicale. Elle s'explique simplement : un ouraque perméable trahit, en effet, sa présence, le plus souvent d'une façon plus ou moins précoce. L'individu qui le porte n'atteint pas l'âge de l'hypertrophie prostatique. Il faut des conditions particulièrement heureuses pour qu'il arrive, sans encombre, à la vieillesse qui entraîne les troubles urinaires d'origine prostatique. Cet homme devra être exempt de toute lésion urinaire, jusqu'à un âge avancé.

Quoi qu'il en soit, l'hypertrophie prostatique agit, alors, par le mécanisme bien connu d'obstruction urétrale, sur lequel nous n'insistons pas. D'autre part, la vessie est scléreuse, se laisse forcer, ne peut plus lutter contre l'obstacle et ne se vide plus. L'incontinence par regorgement se produit au niveau de l'ombilic, comme

elle se fait par l'urètre, chez les prostatiques ordinaires.

Dans ce mécanisme, intervient un second facteur : l'inflammation de la vessie. Ce rôle n'est pas absolument démontré, lorsque l'hypertrophie prostatique produit la fistule urinaire, parce que toujours existe en même temps l'obstruction de l'urètre, phénomène le plus important. Mais, en dehors du prostatisme, son influence est bien démontrée. La cystite s'accompagne, fréquemment, d'une augmentation de la pression intra-vésicale, ainsi que l'a démontré Genouville <sup>1</sup>, dans ses expériences ingénieuses. Outre ces expériences, les faits parlent dans le même sens. Une cystite intense fut le signal avant-coureur de la fistule, chez une fille de huit ans, dont l'observation nous est rapportée par Trogneux <sup>2</sup>. Werster <sup>3</sup> a vu une cystite violente, consécutive à la diphtérie, qui produisit un semblable résultat, chez une jeune fille de vingt et un ans ; il en fut de même dans un cas rapporté par Cadell <sup>4</sup> (enfant de sept ans) et suivi d'autopsie. On pourrait citer d'autres exemples.

L'hypertrophie prostatique agit, en somme, par l'obstacle apporté à la fonction urétrale, combiné ou non à la cystite. Voici les faits : Un abcès chaud de la prostate fut la cause occasionnelle de la fistule ombilicale, chez le malade âgé de cinquante ans, qui fut observé par Nélaton et dont l'histoire fut rapportée par Horion (*loc. cit.*). Des

<sup>1</sup> Genouville, th. Paris, 1894.

<sup>2</sup> Trogneux (*loc. cit.*).

<sup>3</sup> Werster, Case of abdominal fistula (*Med. Record*, New-York, 1876).

<sup>4</sup> Cadell, Notes on a case of umbilical urinary fistula (*Medical Journal*, Edimbourg, 1878).

accidents de rétention et d'infection vésicale précédèrent l'écoulement urinaire ombilical chez un individu de soixante-dix-neuf ans (Levié, obs. II), et chez le sujet de M. Jaboulay, âgé de soixante-trois ans. Quant au vieillard de quatre-vingts ans, soigné par Lévêque, il ne présenta jamais d'infection vésicale ; l'obstruction de son urètre, par la prostate hypertrophiée fut la seule raison plausible de la fistule.

L'oblitération des voies normales d'excrétion suffit donc à expliquer la succession des phénomènes. Ceux-ci sont identiques à ceux qu'on retrouve après une cholécystostomie. La fistule biliaire persiste tant que persiste l'obstruction calculeuse du cholédoque. Le calcul disparaît-il ? La fistule établie par le chirurgien se ferme rapidement. Est-il besoin de rappeler encore ce que l'on observe après la cystostomie sus-pubienne (opération de Poncet), pour hypertrophie prostatique. La voie hypogastrique reste perméable ou devient imperméable, suivant que l'obstacle prostatique persiste ou disparaît. M. Delore a insisté sur ces faits démonstratifs, dans un travail récent<sup>1</sup>.

Comme le méat hypogastrique créé par l'opération de Poncet, l'orifice ombilical d'origine congénitale joue, contre les accidents du prostatisme, le rôle d'une soupape de sûreté. Le méat congénital et le méat chirurgical entrent en jeu, quand la rétention s'établit ; leur rôle s'efface, dès que les voies naturelles remplissent leur fonction. Il nous a semblé intéressant de signaler ce parallèle.

<sup>1</sup> Delore, *Fonction du nouvel urètre (urètre hypogastrique) chez les prostatiques anciennement cystostomisés.*, thèse de Lyon, 1897.

Nous citerons un passage de la thèse de M. Delore :

« La nature, pour ainsi dire, fait une sélection parmi les cystostomisés, guérissant ceux qui peuvent encore accomplir la miction normale, donnant, au contraire, à ceux qui ont un canal impropre à la fonction, une soupape de sûreté qui est le méat hypogastrique. Tous nos malades qui sont des cystostomisés de date ancienne, ayant conservé un méat hypogastrique perméable, gardent une grosse prostate, comme on pourra le constater à la lecture des observations. Ainsi se trouve confirmée l'opinion émise par M. Poncet, depuis longtemps déjà. L'observation de M. Jaboulay montre bien le rôle de la prostate et celui de la soupape de sûreté analogue au méat hypogastrique. Elle constitue une véritable expérience à longue échéance. »

---

## CHAPITRE IV

### SYMPTOMATOLOGIE — MARCHÉ — COMPLICATION DIAGNOSTIC

Comme toutes les autres fistules urinaires ombilicales, dues à la persistance de la perméabilité ouracale, celles qui apparaissent, sous l'influence d'une hypertrophie prostatique, ont une symptomatologie peu compliquée, qui se résume en deux mots : écoulement des urines par l'ombilic. Cet accident apparaît tout à coup, à la grande surprise du malade, dont l'attention n'avait pas été attirée, jusque-là, du côté de son nombril. Aucun phénomène inflammatoire n'avait été aperçu, ni ressenti en ce point. Ce dernier commémoratif a une grande importance, pour le diagnostic.

Tous les phénomènes étaient réduits aux troubles de la miction, tels qu'on les constate habituellement au début d'une hypertrophie prostatique : difficulté de la miction, rétention incomplète, accompagnée ou non d'infection ou de calculs. Parfois, c'est une rétention complète d'urine qui constitue la cause occasionnelle de cet écoulement anormal.

Quoi qu'il en soit, la fistule est établie, que deviendra-

t-elle? En général, l'urine n'abandonne plus le chemin qu'elle a parcouru ; l'écoulement reste continu, mais avec quelques variations. C'est ainsi, qu'à l'occasion d'une poussée congestive de la prostate, il augmentera pour diminuer bientôt, quand l'orage aura disparu. Le traitement de la rétention incomplète par la sonde a une influence facile à concevoir : après le cathétérisme, l'ombilic n'est plus mouillé. Au contraire, lorsque la cystite apparaît, le suintement ombilical s'installe ; il cesse, à peu près complètement, quand un traitement sagement conduit améliore ou guérit l'inflammation du réservoir urinaire.

La miction, elle-même, modifie ce symptôme ; pendant la miction, le suintement augmente, il se transforme, parfois, en un véritable jet. Lévié observa, par exemple, sur son malade, qu'au moment de la miction l'écoulement par l'ombilic devenait plus abondant au bout de quelques minutes, dès que l'urine parvenait à sortir goutte à goutte par l'urètre. « Pendant l'action des muscles expulseurs de l'urine, on vit en même temps un écoulement saccadé par le nombril. Il sembla même que, de la vessie à l'ombilic, le long de la ligne blanche, il existait comme de petites contractions sous-cutanées ».

En résumé, l'écoulement urinaire ombilical suit les variations, qui lui sont imprimées par la pression intravésicale. Celle-ci résulte du degré de l'obstruction prostatique, des contractions vésicales influencées, elles-mêmes, par la miction ou la cystite. Lorsque les conditions sont favorables, l'orifice ombilical paraît s'oblitérer momentanément, jusqu'à ce que les mêmes causes reproduisent le même effet. L'hypertrophie prostatique est, en effet, une affection incurable et dont la marche est particulièrement

irrégulière. Il en est du méat ombilical comme du méat hypogastrique qui, on le sait, peut être continent ou incontinent, selon diverses circonstances<sup>1</sup>.

Une question se pose, à propos de ces ouraques canaliculés apparaissant chez le prostatique. Quels sont leurs inconvénients ou leurs avantages ?

Leur principal danger serait de favoriser l'infection urinaire, cystite, pyélo-néphrite ascendante, etc... ; et partant, la calculose vésicale. Sur les trois malades dont nous rapportons les observations, deux furent atteints de cystite, et chez l'un d'eux, la calculose vésicale vint encore compliquer la situation ; le dernier resta, pendant vingt-cinq ans, indemne de toute complication inflammatoire (obs. III). Nous concluons donc que l'infection n'est nullement fatale, quoiqu'on l'ait prétendu.

Il est, d'autre part, indispensable de faire la part du rôle de l'affection prostatique ou de la fistule ombilicale, dans la pathogénie de cette infection. A ce point de vue, nous croyons qu'il existe deux mécanismes :

1<sup>o</sup> Dans quelques cas, le canal ouracal paraît être la véritable cause de l'infection urinaire. Les germes pathogènes cheminent dans sa lumière, arrivent à la vessie, y provoquent la cystite. Les conditions propices à l'écoulement de l'urine par l'ombilic sont réalisées, la fistule s'établit. La cystite, en effet, produit, par les contractions vésicales incessantes, par le spasme du col ou du sphincter, une augmentation manifeste de la pression intra-vésicale (Genouville, thèse Paris, 1894).

<sup>1</sup> Delore, *loc. cit.*

Ici, la persistance de l'ouraque aboutit à l'infection et à la fistule. On conçoit la facilité du transport des germes, par l'intermédiaire de cet ouraque qui n'est pas constamment balayé par un flot liquide. L'ouraque a joué, dans l'infection, un rôle identique à celui du canal thyro-glosse, dans l'étiologie de certaines thyroïdites (Jaboulay et Rivière, *Lyon médical*, 1893).

Ce mécanisme est trop douteux, dans nos observations, pour que nous ayons le droit de l'invoquer. Mais, en dehors du prostatisme, il en existe des exemples : chez une jeune fille de Werster (1877), deux fois la cystite apparut, sans autre origine plausible ; la fistule survint aussitôt après l'infection du réservoir vésical. Ainsi en fut-il, probablement, dans l'observation de Trogneux (1897), et dans celle de Cadell (1878).

2° Dans une autre série, l'inflammation s'installe seulement après l'apparition de la fistule ombilicale. Celle-ci s'était établie manifestement, à la faveur d'une obstruction urétrale, par la congestion de la prostate. Il est difficile de savoir alors quel est le chemin suivi par l'infection. Est-ce par l'urètre malade et « fourbu », suivant l'expression de Diday, ou bien par la voie ombilicale ?

Néanmoins, nous remarquerons que par l'ouraque l'urine s'écoule lentement ; l'orifice est situé au sommet de la vessie. Le liquide remonte contre l'influence de la pesanteur, et sans la poussée des parois vésicales qui sont devenues scléreuses, chez le prostatique. Toutes ces conditions favorisent la stagnation, la congestion ; le drainage de la vessie est mauvais, la cystite s'installera facilement. Delbet n'a-t-il pas avancé que la mamelle s'enflamme faci-

lement, pendant la lactation, parce que le lait n'offre pas de pression positive dans les canaux galactophores ? (*Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, 1898.)

En résumé, chez les prostatiques, la persistance ouracale favorise l'infection, d'une façon générale. Celle-ci, cependant, nous paraît ici relever plutôt des conditions locales ou générales engendrées par l'hypertrophie prostatique. On a vu, en effet, des individus porter longtemps un tel trouble de développement, sans présenter aucune complication de cette nature (Lévêque, obs. III). Lorsque cette dernière est apparue, elle coïncida toujours avec un redoublement de phénomènes graves, de l'obstruction urétrale, etc., tous phénomènes relevant de l'hypertrophie prostatique et qui jouèrent un rôle peut-être prépondérant.

Le malade de Lévié (obs. II) avait des signes graves d'hypertrophie prostatique.

Le pronostic est subordonné à l'absence ou à la présence de complications infectieuses : cystite, calculs, etc. Si parfois la voie anormale peut hâter la terminaison fatale, chez les prostatiques, il n'en est pas moins vrai que, dans d'autres conditions, elle fut un véritable avantage. Elle assura, par exemple, au malade de Lévêque (obs. III), vingt-cinq ans de survie, en remplaçant son urètre insuffisant. Ce rôle doit être pris en sérieuse considération, à propos du traitement.

Il suffit de penser à la fistule ouracale, pour en faire le diagnostic. A la rigueur, on pourrait la confondre avec un abcès périvésical ouvert, à la fois, à l'ombilic et dans la vessie, ou bien avec un kyste urinaire. Les commémoratifs d'une rupture préalable de la vessie ou d'une inflammation

antérieure auraient attiré l'attention. Dans la fistule due à un trouble de développement, l'écoulement ombilical de l'urine apparaît sans que, dans l'histoire du malade, on retrouve aucun phénomène prémonitoire du côté de l'ombilic.

---

## CHAPITRE V

### TRAITEMENT

Le traitement des fistules vésico-ombilicales apparaissant tardivement doit remplir deux grandes indications : 1° supprimer la cause occasionnelle qui fit évoluer et qui maintient l'écoulement urinaire ; 2° supprimer l'orifice lui-même. Il est bien évident que la première indication doit prendre le pas sur la seconde. Car si l'on ne supprimait pas l'obstruction urétrale avant d'oblitérer l'orifice, on aurait fatalement des échecs successifs, ainsi que l'a fait remarquer Cabrol (*loc. cit.*), il y a déjà longtemps.

Chez le prostatique, l'obstacle ne peut pas être enlevé, malheureusement. D'autre part, il s'y ajoute fréquemment de la cystite, des calculs, etc., toutes complications qui rendent le traitement particulièrement difficile. Les malades sont âgés, souvent cachectiques et toujours en imminence de complications urinaires.

Les *procédés*, qui ont été préconisés pour supprimer la fistule, sont nombreux : la sonde à demeure avec ou sans compression, la cautérisation de l'orifice, la ligature, l'avivement et la suture, la résection partielle de l'ouraque et sa suture.

Nous n'avons pas l'intention d'entrer ici dans la critique de ces différentes méthodes, critique qui a été envisagée par beaucoup d'auteurs, en particulier par M. Delagénère<sup>1</sup> et par M. Daniel Témoïn, de Bourges<sup>2</sup>. On admet ordinairement que les trois premiers procédés : sonde à demeure, cautérisation, ligature, sont insuffisants. Les deux derniers seuls, c'est-à-dire l'avivement et la suture, la résection partielle de l'ouraque et sa suture, seraient employés, avec quelque chance de succès, chez les prostatiques, dans les cas où la cure radicale pourrait être tentée. Nous croyons que, chez de tels malades, la sonde à demeure est dangereuse et doit être abandonnée, surtout lorsqu'il existe de l'infection.

Ce point étant fixé, à propos du manuel opératoire, nous allons essayer de poser les indications générales du traitement. Les prostatiques, avec fistule ombilicale, se présentent au chirurgien dans deux conditions différentes : ou bien l'infection urinaire est installée (calculs, cystite), ou bien ils sont aseptiques. Quel est le mode de traitement qu'il faudra choisir ?

**1° Pas d'infection urinaire.** — Dans ce cas, le méat ombilical joue le rôle d'une soupape de sûreté suppléant à l'insuffisance de l'urètre. Le malade de Lévêque (obs. III), par exemple, vécut vingt-cinq ans, grâce à cette voie de dérivation. Chez de tels sujets, on peut, à la rigueur, tenter la cure radicale de la fistule, dans le but d'empêcher l'infection ultérieure des voies urinaires par

<sup>1</sup> Delagénère, *Archives provinciales de chirurgie*, 1892.

<sup>2</sup> D. Témoïn, *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1898.

l'intermédiaire de l'ouraque et supprimer l'infirmité. Il est nécessaire, alors, que l'urine puisse s'écouler par la voie urétrale. Il faut, tout au moins, que *le cathétérisme s'accomplisse facilement, que la prostate ne soit pas définitivement une cause d'obstruction*. Les opérations atrophiantes, telles que la résection des canaux déférents, pourraient parfois être tentées, comme opération préliminaire : leur efficacité est cependant douteuse sur la prostate (obs. I).

Mais, si l'on réfléchit aux multiples dangers des interventions pratiquées sur des individus âgés, souvent cachectiques et toujours en imminence de complications infectieuses, urinaires ou pulmonaires, etc., on comprendra combien peu fréquentes sont les indications de la cure radicale. Le chirurgien devra tout peser ; un grand sens clinique est nécessaire pour juger s'il ne vaudrait pas mieux laisser les choses en l'état. Nous attirons l'attention sur cette question, qui variera suivant le degré de résistance, etc., de chaque patient, suivant l'état plus ou moins précaire de son appareil urinaire. Cette considération prime toutes les questions de manuel opératoire. A ce propos, nous nous permettons de parodier l'axiome que Diday avait posé, en parlant de la cystostomie sus-pubienne : « Il ne faut pas, sous prétexte d'améliorer (conserver, disait Diday) une fonction gravement compromise, sacrifier le fonctionnaire. »

En somme, chez le prostatique aseptique, les indications opératoires diffèrent totalement de celles qu'on admet pour les enfants. Les malades sont des vieillards, peu résistants, sujets à des complications urinaires toujours menaçantes. D'autre part, il persiste toujours l'ob-

stacle occasionnel, constitué ici par une prostate hypertrophiée et presque toujours incurable. On doit donc être fort réservé, dans l'emploi de la cure radicale appliquée aux fistules vésico-ombilicales, chez les vieillards, alors que, chez les nouveau-nés et les adultes, ce mode de traitement représente le procédé de choix, sans aucune contestation.

La prostate forme-t-elle, enfin, par son volume, sa dureté, *un obstacle définitif au retour de la miction par les voies naturelles* ? Les prostatiques sont *incurables* (Poncet, 1894). La miction normale ne se rétablit pas par l'urètre, le cathétérisme reste impossible, tout au moins difficile, dangereux ou s'accompagne de fausses routes ou d'urétrorragie, etc... Il est alors inutile de discuter. Ainsi que dans les obstructions définitives d'autres organes, il faut plutôt maintenir cette voie ombilicale. Après la cystotomie, on cherche le même but par la cystostomie permanente. Quel que soit l'avenir du nouveau né, qui peut être plus ou moins incontinent, l'indication qui prime tout, c'est le salut du malade. Or l'orifice ombilical joue le rôle d'une soupape de sûreté, dans la rétention présente et future. Il faut la conserver, puisqu'elle suffit à la dérivation urinaire. Le vieillard de Lévêque n'a-t-il pas dû une survie de vingt-cinq ans à ce canal créé spontanément ? Ce serait une erreur de fermer, chez un tel sujet, ce trajet congénital qui assure la fonction.

En résumé, si, chez les prostatiques dont les phénomènes d'obstruction urétrale sont simplement passagers, on a le droit de tenter parfois la fermeture de l'ombilic, il serait dangereux de suivre une conduite analogue, lorsque l'obstruction est définitive.

**2° Il y a de l'infection urinaire.** — En dehors des difficultés que nous avons signalées, il existe une complication qui compromet la vie de l'individu. *On doit parer au danger le plus grave, avant de penser à l'amélioration de la fonction.* La fistule, avec ses inconvénients, passe au second plan. Il faut, avant tout, guérir la cystite; empêcher les lésions ascendantes des voies urinaires, la pyélo-néphrite, etc...

On traitera donc la cystite par les moyens ordinaires, sanglants ou non sanglants, suivant les signes principaux tirés de l'état local ou de l'état général. Il est superflu d'entrer dans tous les détails. Nous nous contenterons de signaler les lavages de la vessie au nitrate d'argent à 1/1000 ou 1/500, au permanganate de potasse à 1/5000, les lavages boriqués, quand le cathétérisme pourra être pratiqué facilement.

Ce cathétérisme est-il impossible ou difficile? Nous réproouvons la sonde à demeure, la cystostomie sus-pubienne est préférable. Cette opération est indiquée encore, quand la fièvre et les phénomènes généraux font craindre une pyélo-néphrite, alors même que le cathétérisme est possible. Les lavages par la sonde sont insuffisants. On doit, sans retard, établir un drainage large des voies urinaires, par une incision hypogastrique et la suture des bords de la vessie à la paroi abdominale. Cette dérivation artificielle des urines guérira la cystite, préviendra la pyélo-néphrite et, d'autre part, assurera définitivement la fonction plus ou moins gravement compromise.

On pourrait croire que la dérivation, créée par la bouche vésicale sus-pubienne, est inutile, puisqu'elle ne fait que substituer un orifice anormal à un autre. Il n'est pas dou

teux, cependant, que le drainage large, établi par l'opération de Poncet, assure mieux la désinfection que la fistule ombilicale. Celle-ci est trop haut située pour assurer la guérison d'une cystite. En dehors même du traitement de l'infection, l'urètre contre nature sus-pubien est préférable, au point de vue fonctionnel, à la voie ombilicale. Celle-ci est difficile à cathétériser, ne peut pas être dilatée, ni débridée facilement, dans le cas où elle se rétrécirait. Nous savons, au contraire, que rien n'est plus simple que le cathétérisme et le maintien du calibre de l'urètre hypogastrique (Bonan, Delore). Au point de vue de l'infection et de la fonction, il y a tout avantage à ne pas différer le moment de la cystostomie, lorsqu'elle paraîtra indiquée, dans les conditions étudiées précédemment.

L'urètre sus-pubien, une fois établi, il serait facile de profiter de cette voie de dérivation, pour fermer l'orifice anormal congénital. L'oblitération en serait plus sûrement obtenue.

Une dernière question se pose : la cystite d'origine prostatique est guérie par les moyens non sanglants. Le cathétérisme est possible, la miction normale s'est rétablie. Devra-t-on tenter la cure radicale de la fistule ouracale ?

Sauf des cas exceptionnels, l'abstention semble préférable. Sans doute, un traitement actif n'offre que des dangers restreints, mais il est à l'avance frappé presque fatalement de stérilité. Car, quelle que soit l'apparente guérison de l'infection des voies urinaires, il serait téméraire d'affirmer qu'elle est absolue. Chacun connaît les récives chez les prostatiques. Les périodes de guérison ne sont guère que des instants d'accalmie. L'infection

existe toujours, à un degré atténué il est vrai, mais suffisant pour empêcher la réussite opératoire, la réunion des sutures les mieux combinées et les plus aseptiques. Les calculs sont une contre-indication, de plus, de l'oblitération chirurgicale de la fistule congénitale; ils nécessiteraient, comme chez tous les prostatiques, la cystostomie sus-pubienne. Ici, en particulier, cette opération offrirait sur la lithotritie, outre ses avantages ordinaires, celui de permettre la guérison de la voie ombilicale.

D'une façon générale, il est donc plus sage de s'abstenir de toute thérapeutique active, vis-à-vis de l'orifice ombilical chez les prostatiques. La guérison de l'infection, l'amélioration de l'affection prostatique seront, le plus souvent, le but unique du médecin.

---

## CONCLUSIONS

---

I. Les fistules vésico-ombilicales tardives sont acquises ou d'origine congénitale. Ces dernières ont été divisées en un certain nombre de catégories : les fistules sans obstruction de l'urètre ; celles qui reconnaissent comme origine un vice de conformation de l'urètre ; enfin les fistules vésico-ombilicales apparaissant tardivement, à la suite d'une obstruction accidentelle de l'urètre.

Parmi ces dernières, nous avons voulu étudier surtout les fistules qui surviennent, sous l'influence d'une obstruction urétrale par hypertrophie prostatique.

II. Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas dans le service de M. Jaboulay. La littérature chirurgicale est pauvre, à ce point de vue. Nous ne pouvons rapporter que trois observations probantes.

La cause déterminante en est, ordinairement, la persistance de la perméabilité complète de l'ouraqué. Nous croyons que cette explication reste préférable. Néanmoins, il est possible que, dans quelques faits, la perméabilité incomplète de l'ouraqué soit la véritable cause déterminante.

La cause occasionnelle est ici l'obstruction de l'urètre, par une prostate congestionnée. La cystite favorise la rétention, l'élévation de la pression intra-vésicale ; elle joue également un rôle plus ou moins important, dans l'apparition de la fistule.

III. Le symptôme seul caractéristique est l'écoulement d'urine par l'ombilic. Ce signe apparaît sans prodromes, au grand étonnement du malade, dont l'attention était uniquement attirée par la difficulté de la miction et les troubles divers du prostatisme.

Les malades présenteront souvent de l'infection, des calculs vésicaux. Ces complications, qui peuvent relever parfois, de la présence même de la fistule, doivent ordinairement être attribuées aux troubles fonctionnels d'origine prostatique. Elles ne sont pas fatales. Des malades ont pu vivre longtemps, sans infection, grâce à la voie de dérivation urinaire ombilicale qui jouait le rôle de soupape de sûreté, comme l'urètre hypogastrique créé par la cystostomie sus-pubienne. (Opération de Poncet.)

IV. Les procédés de traitement de la fistule vésico-ombilicale par persistance de l'ouraque sont : la sonde à demeure, la cautérisation, la ligature, l'avivement et la suture, enfin la résection partielle de l'ouraque et sa suture. Les deux derniers procédés doivent seuls être conservés.

Chez les prostatiques, la cure radicale de la disposition congénitale est rarement indiquée. En effet, pour réussir, celle-ci doit remplir deux conditions : supprimer l'obstacle urétral, supprimer le conduit ombilical. La sup-

pression de l'orifice ne peut être obtenue que lorsque l'urètre est libre. Or, l'hypertrophie prostatique est une affection qu'on améliore, mais qu'on ne guérit pas. L'obstruction urétrale constitue donc, même chez les prostatiques aseptiques, une contre-indication générale à l'oblitération chirurgicale du méat congénital.

Lorsqu'il y a infection urinaire, le traitement de cette complication prime toutes les autres considérations. Par les lavages vésicaux, par la cystostomie sus-pubienne, s'il en est besoin, on guérira la cystite et l'inflammation ascendante des voies urinaires. Cette opération deviendrait nécessaire, s'il y a des calculs vésicaux. Il ne faut pas tenter la cure radicale, en telles circonstances, car elle serait suivie d'un échec presque fatal. D'autre part, les opérés sont âgés, souvent cachectiques. Enfin la fermeture de cette voie de dérivation urinaire, de cette soupape de sûreté, a peut-être plus d'inconvénients que d'avantages dans le prostatisme.

*Vu :*

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
PONCET.

*Vu :*

LE DOYEN  
LORTET

*Vu, et permis d'imprimer*

LE RECTEUR,  
G. COMPAYRÉ.

---

## TABLE

---

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| AVANT-PROPOS . . . . .                                                          | 5  |
| INTRODUCTION . . . . .                                                          | 7  |
| CHAPITRE PREMIER. — Division. — Historique. . . . .                             | 11 |
| CHAPITRE II, — Observations. . . . .                                            | 28 |
| CHAPITRE III. — Etiologie. — Pathogénie. . . . .                                | 39 |
| I. Cause déterminante . . . . .                                                 | 39 |
| II. Causes occasionnelles . . . . .                                             | 43 |
| CHAPITRE IV. — Symptomatologie. — Marche. — Complication. — Diagnostic. . . . . | 48 |
| CHAPITRE V. — Traitement. . . . .                                               | 54 |
| 1° Pas d'infection urinaire. . . . .                                            | 55 |
| 2° Il y a de l'infection urinaire. . . . .                                      | 58 |
| CONCLUSIONS . . . . .                                                           | 61 |



